

ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 21

QUELQUES FORMES CLINIQUES

DE

TUBERCULOSE PÉRITONEALE CHRONIQUE

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1916

PAR

Louis MAURY

Né à Pailhès (Hérault), le 11 mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ CARRIEU, professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
CABANNES, agrégé.
LAGRIFFOUL, agrégé.

{ *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916

QUELQUES FORMES CLINIQUES
DE
TUBERCULOSE PÉRITONÉALE
ET DE LEUR TRAITEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0073

ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 21

QUELQUES FORMES CLINIQUES

DE

TUBERCULOSE PÉRITONEALE CHRONIQUE

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1916

PAR

Louis MAURY

Né à Pailhès (Hérault), le 11 mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ CARRIEU, professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
LAGRIFFOUL, agrégé.
CABANNES, agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT (*).
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. *).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✚)

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon. : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O. *)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, (prof. adj)
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	EUZIERE	LISBONNE

Examineurs de la Thèse

MM. CARRIEU, prof., présid. ent.	M. LAGRIFFOUL, agrégé.
DUCAMP, professeur.	CABANNES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

Tu nous fus trop tôt ravie, nous ne t'oublierons jamais.

A MON GRAND-PÈRE

Faible gage de ma profonde affection.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ma plus douce consolation serait de vous rendre en bonheur dans l'avenir une partie de vos bontés et de votre dévouement.

A MA SOEUR

Hommage d'amour fraternel.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

L. MAURY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARRIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE D'OR DES ÉPIDÉMIES

*En témoignage de profonde reconnaissance
et avec l'expression de notre souvenir
infiniment respectueux.*

L. MAURY.

AVANT-PROPOS

Ce mois de juillet 1916, qui amène la fin de nos études médicales, est celui qui, en ces temps troublés depuis bientôt deux ans, va nous permettre de rejoindre au service militaire les camarades qui nous y ont précédé.

Avant de quitter la Faculté, où nous avons vécu des heures inoubliables, il nous reste un devoir bien doux à remplir et auquel nous n'aurions garde de manquer, celui d'adresser à ceux qui furent nos maîtres l'expression de notre profonde gratitude.

Parmi tous, il en est un auquel nous sommes heureux plus particulièrement d'adresser aujourd'hui le témoignage de notre reconnaissance profondément émue et sincère. Nous ne devons pas oublier que M. le professeur Carrieu a bien voulu nous confier un poste d'interne dans son service de la Maternité. Dans ce contact journalier, nous avons pu apprécier ses conseils éclairés, ses indications cliniques et thérapeutiques exposées avec un sens clinique remarquable, et en dehors du sens médical, il nous a été permis de juger de toute la bonté et de toute la sympathie dont il nous a entouré d'une manière constante.

Que ce maître daigne recevoir aujourd'hui tout le tribut de notre gratitude et de notre respectueuse affection.

VIII

M. le professeur Lagriffoul a été pour nous, non seulement un maître, mais un ami ; il nous a toujours accueilli dans son laboratoire avec cette aménité qui le caractérise ; absorbé dans ses travaux de chef du laboratoire bactériologique de la 16^{me} région, il a bien voulu nous charger des consultations externes à l'Hôpital Général et par là même de nous initier une fois de plus à la pratique médicale, ce dont nous ne saurions trop le remercier.

Nos remerciements s'adressent également à M. le professeur Ducamp et à M. le professeur agrégé Cabannes, que nous sommes heureux de voir dans notre jury, pour leur enseignement si clair et si documenté dont nous avons profité pendant notre scolarité.

A tous nos maîtres de la Faculté et de l'Hôpital, nous adressons toute notre reconnaissance, pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée, pour les conseils qu'ils nous ont donnés.

QUELQUES FORMES CLINIQUES
DE
TUBERCULOSE PÉRITONÉALE
ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Pendant que nous étions interne dans le service de M. le professeur Carrieu, nous avons eu l'occasion d'étudier un certain nombre de cas de tuberculose péritonéale et de constater la diversité d'évolution de cette maladie chez des sujets en cours de traitement. Il nous paraît intéressant, bien que cette question ait été traitée par de nombreux auteurs, de mettre en relief dans cette étude un certain nombre de faits qui nous ont frappé. Nous avons observé quatre malades dont les observations reproduites dans ce travail nous ont servi de base dans cette étude. Ces faits, en effet, constituant des modalités cliniques intéressantes, tant au point de vue de l'affection elle-même que des comparaisons à établir entre des for-

mes qui, à première vue, sembleraient très voisines les unes des autres, que de leur traitement.

Et d'abord, qu'entend-on par tuberculose péritonéale ? Nous tenons à faire remarquer que la tuberculose péritonéale n'a rien de commun avec la péritonite tuberculeuse, affection fréquente et secondaire, résultant le plus souvent d'une généralisation tuberculeuse, par voie sanguine, concomitante à une lésion pulmonaire ou de même nature, mais qui, dans tous les cas, présente une marche aiguë et rapidement fatale.

La *tuberculose péritonéale*, comme son nom l'indique, résulte de la formation de tubercules spécifiques sur la séreuse abdominale, c'est une localisation tuberculeuse qui peut être primitive au même titre que l'arthrite ou la pleurésie ; elle comporte une évolution plus lente des phénomènes, une réaction organique atténuée et est compatible avec une survie parfois très longue du sujet atteint. C'est donc une forme chronique ; et c'est cette chronicité qui la distingue des formes péritonéales avec lesquelles on l'a quelquefois confondue.

Tantôt étendus, disséminés sur toute l'étendue de la séreuse, les tubercules peuvent se limiter en un point de celle-ci, d'où ses deux formes chroniques : *généralisées et localisées*.

Nous étudierons, tout d'abord, quelques formes de tuberculose péritonéale généralisée ; nous verrons ensuite quelques formes localisées, et nous tâcherons d'en rendre l'étude aussi brève et aussi originale que possible.

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose péritonéale n'est pas une histoire banale. Inconnue ou presque au début du siècle dernier, elle est sortie du chaos avec les progrès de la bactériologie. Bichat, Laënnec, Bayle montrent les premiers l'existence de la péritonite tuberculeuse ; plus tard, Walker, Tissandié (1824) la décrivent avec netteté.

En 1825, suivant Tapret, la péritonite chronique était admise par tous. « Dans le péritoine chroniquement enflammé, disait Andral, se développent fréquemment des productions accidentelles, et spécialement des tubercules. »

Plus près de nous, Fernet et Boulland, de Paris, dans leur thèse, en 1890, ont repris cette question et ont contribué à la mettre au point.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie est des plus claires. Elle nous fait voir la présence du bacille de Koch dans le péritoine.

D'où vient ce bacille et quelles voies emprunte-t-il ?

Si la voie sanguine paraît être en cause dans les cas de tuberculose miliaire, il n'en est pas de même dans les formes chroniques. Ici la tuberculisation peut avoir lieu :

1° Par les organes génitaux, du moins chez la femme, et la blennorrhagie antérieure, les traumatismes génitaux (excès de coït, avortement) seraient des causes adjuvantes permettant au bacille de Koch d'atteindre le péritoine à travers l'utérus et les trompes, mais le plus souvent la tuberculisation se fait sans cause apparente, et le point de départ serait une ulcération tuberculeuse du col.

D'autres fois, c'est par la voie lymphatique que la tuberculose péritonéale se développe ; il en est ainsi lorsqu'elle succède à une pleurésie ; de même on a aussi cité des cas de lésions tuberculeuses venant à la suite d'abcès froid du genou, mais c'est là une rareté.

C'est surtout par la voie intestinale que le bacille tuberculeux arrive à la séreuse abdominale. Pour cela faut-il que l'intestin soit malade ? L'entérite tuberculeuse précède-t-elle la péritonite tuberculeuse ? Ce point est encore

discuté. Pour certains, avec Orth et Kœnig, l'intestin est le premier malade, et la desquamation épithéliale de la muqueuse intestinale est nécessaire au passage de l'agent pathogène. Malgré que d'autres, avec Spillmann, soutiennent que les lésions intestinales sont postérieures à la péritonite, et que Dobroklonsky montre que le bacille peut traverser la muqueuse intacte, nous dirons que c'est l'intestin qui, dans la grande majorité des cas, est la porte d'entrée de l'agent pathogène, cause de la péritonite, celle-ci pouvant être soit primitive, soit consécutive à l'entérite tuberculeuse.

Comme causes prédisposantes, nous citerons toutes celles qui affaiblissent l'organisme (misère physiologique, surmenage, mauvaise alimentation).

La fréquence de la tuberculose péritonéale est plus grande avant vingt ans, et rare au dessous de quatre ans ; mais on trouve rarement des tares antérieures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la tuberculose péritonéale, comme partout ailleurs, on peut rencontrer le tubercule sous ses formes anatomiques :

1° Tubercule miliaire ;

2° Tubercule ulcéré ;

3° Tubercule de guérison ou fibreux.

a) Le tubercule miliaire, on le sait, est rarement limité au péritoine, ce sont les formes aiguës, nous ne nous en occuperons pas dans cette étude.

Dans les cas de tubercule ulcéré, la cavité péritonéale est cloisonnée, la séreuse est recouverte de fausses membranes épaisses qui enkystent le processus, on rencontre cette forme au niveau des hypocondres et du grand épiploon.

b) Mais parmi les localisations les plus importantes, il faut citer celle du petit bassin. C'est la pelvi-péritonite tuberculeuse. Des kystes sont formés, situés au dessous du détroit supérieur, englobant tous les organes du petit bassin, d'autres fois n'occupant que l'un des côtés du cul-de-sac recto-utérin, mais qui finissent par se faire jour soit à travers les parois du vagin ou du rectum, rarement vers l'utérus et la vessie.

La forme fibreuse montre des lésions plus compliquées encore que les précédentes, les tubercules nés dans le tissu conjonctif profond peuvent présenter des degrés divers dans leur développement, la congestion apparaît, bientôt un peu de liquide transsude généralement en petite quantité, mais quelquefois en quantité considérable. Telle est la formation de l'ascite. Le travail fibreux poursuit son développement, les néo-membranes se forment, faisant adhérer entre eux les feuillets du péritoine, favorisant par leurs nombreux vaisseaux la résorption du liquide qui a pu se former et étouffant les granulations tuberculeuses.

Mais si ce processus de guérison s'exagère, il va devenir une source de danger, il va se produire des adhérences entre les circonvolutions intestinales, des formations de brides cicatricielles, point de départ d'atrésies intestinales et d'étranglements futurs.

FORMES GÉNÉRALISÉES

SYMPTOMATOLOGIE

Telles sont, brièvement résumées, les lésions de la tuberculose chronique généralisée ; comment se traduisent-elles au clinicien ou, si l'on veut, quelle est leur symptomatologie ? Elle ressort de deux causes : d'abord de l'état général du sujet atteint et l'état local de l'organe malade, d'où ses deux ordres de symptômes : *locaux*, *généraux*.

Les symptômes *locaux* sont souvent d'un vague et d'une incertitude tels, au moins au début, que leur valeur est difficile à apprécier, marqués, le plus souvent, par des phénomènes généraux qui, à cette période de début, sont prédominants. C'est un état typhique tel qu'il a pu parfois en imposer par une dothiéntérie ; avec cela, des alternatives de diarrhée et de constipation, un large épanchement péritonéal vite résorbé, une fièvre qui monte, le soir, à 38°, d'autres fois s'élève, le matin, pour descendre le soir (type inverse), donnant ainsi au clinicien la signature de la véritable lésion ; et, le plus souvent, l'absence de phénomènes douloureux ; ce fait a été observé par Broussais qui s'exprime en ces termes : « Des péritonites que

j'ai rencontrées à l'état chronique, les unes n'avaient été douloureuses que quelques jours ; les autres, et c'est la majorité, avaient débuté d'une façon insensible, à peine les malades avaient ils senti quelques douleurs passagères, quelquefois même ambulantes à l'époque probable du commencement. »

A la période d'état. — Les symptômes locaux prennent une partie de leur valeur, et d'abord, au premier chef, il faut citer l'ascite qui n'est pas spéciale à une forme de tuberculose péritonéale et qui peut tout aussi bien exister dans une forme aiguë comme dans une forme chronique. L'ascite est un phénomène mobile et transitoire, mais qui, presque toujours, a une grande importance clinique. Si, dans beaucoup de cas, il indique, comme on l'a souvent dit, une poussée aiguë de tuberculose péritonéale, il est des cas où ce n'est plus la séreuse enflammée qu'il faut incriminer, mais un autre organe, le foie en particulier, et Brieger et Roques ont cité des cas où l'hépatite interstitielle tuberculeuse coexiste avec la péritonite tuberculeuse. Ce liquide d'ascite ne persiste pas toujours, il est fréquent de le voir disparaître, ou, le plus souvent, il se reforme, après ponction, d'une façon persistante, surtout si une nouvelle éruption de granulations se fait sur le péritoine altéré ou si le foie sclérosé gêne la circulation.

La douleur serait, après l'ascite, un des symptômes locaux de première importance ; nous avons déjà vu, avec Broussais, ce qu'il fallait en penser ; cependant, elles se manifestent sous forme de douleurs tantôt légères, tantôt vives et lancinantes, apparaissant avec une sorte d'intermittence.

L'aspect de l'abdomen est caractéristique ; ballonné dans les état aigus, il se creuse en bateau dans les formes

chroniques, plus particulièrement dans les formes fibreuses; on sent, à la palpation, des gâteaux péritonéaux, véritables placards péritonéaux mats à la percussion, donnant au doigt qui les explore la sensation d'un morceau de bois, comme on peut s'en rendre compte à la lecture des observations III et IV.

Les *symptômes généraux* sont surtout caractérisés par la fièvre, le plus souvent pseudo-intermittente, c'est-à dire offrant des exacerbations, en rapport avec des formations granuleuses nouvelles. Le soir, on observe de la chaleur et de la fréquence du pouls. Pendant ce temps, le malade maigrit, son teint devient terreux, la face s'altère, les yeux s'excavent et s'enfoncent dans leur orbite, le sommeil est capricieux, le malade est en proie à des pressentiments sinistres.

La *chronicité* elle-même serait un des symptômes capitaux de l'affection, aussi lente à guérir qu'à atteindre sa période d'état.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces formes généralisées à épanchement est à faire avec la péritonite à pneumocoques chez l'enfant au moins; mais ici, le début est, en général, plus brusque, et l'évolution suit d'ordinaire une marche aiguë. Chez le jeune, on pensera encore à la cirrhose cardio tuberculeuse dans laquelle on a affaire à une ascite volumineuse, souvent ponctionnée et à reproduction rapide; dans ce cas, le foie est souvent gros, il existe des

signes de pleurésie ou de congestion pulmonaire ; l'auscultation du cœur, souvent négative, peut révéler des signes de symphyse cardiaque avec immobilité de la pointe du cœur.

Chez l'adulte, la cirrhose atrophique de Laënnec peut simuler la péritonite tuberculeuse, mais les antécédents alcooliques du sujet, l'épreuve de la tuberculine pourraient lever les doutes.

PRONOSTIC

Presque toujours fatal dans les formes aiguës, il apparaît moins sombre dans les formes généralisées chroniques. L'ascite tuberculeuse semble guérie, la péritonite ulcéro-caséuse, qui se termine le plus souvent par la mort, est encore susceptible, après une évolution toujours longue, d'amélioration favorable. De plus, la guérison est rarement complète et laisse toujours à sa suite des adhérences fibreuses capables de causer des accidents mécaniques.

La possibilité de ces complications et la crainte d'une poussée nouvelle, dont on est toujours en droit de se méfier, doivent faire réserver le pronostic.

DE QUELQUES FORMES LOCALISÉES

A côté de ces formes chroniques généralisées et sur lesquelles nous avons passé rapidement, il est des cas où l'affection tuberculeuse se localise en divers points de l'abdomen, qui sont ordinairement le siège de lésions banales. Sa symptomatologie revêt alors des formes telles qu'on peut souvent les confondre avec des affections diverses.

Les formes localisées relèvent toujours de deux formes classiques : *sèche* et *ascitique*.

Pour la forme ascitique, on comprendra aisément que, la réaction fibreuse aidant, il puisse y avoir des adhérences qui accolent entre elles les anses intestinales; celles-ci, à leur tour, adhèrent à la paroi par des néoformations fibreuses, de telle sorte qu'il se forme une véritable cavité close, à l'intérieur de laquelle, à la faveur du processus congestif, s'épanchera du liquide d'ascite.

Si une telle formation est réalisée, nous aurons bien là toute la symptomatologie d'une tumeur abdominale qui pourra tour à tour en imposer soit pour un kyste de l'ovaire, soit pour une échinococose hépatique.

Sur vingt-quatre cas de tuberculose ascitique localisée opérés par le docteur Tuffier, dans huit cas le diagnostic

avait été posé ; cinq autres cas avaient été pris pour des kystes de l'ovaire ; dans les autres, on avait pensé à l'appendicite, à la salpingite double et à la cholécystite.

Avec la tuberculose péritonéale à forme sèche, le diagnostic est plus complexe encore ; suivant la localisation du processus, l'état local des lésions, la réaction générale de l'organisme, on pourra croire à une appendicite chronique, à un pyosalpinx.

Une forme succédant à l'appendicite tuberculeuse ou indépendante pour Depage et Pinchaut, c'est la pérityphlite, qui se présente sous forme de tumeur volumineuse, pouvant atteindre la grosseur d'une tête d'enfant, et occupant, le plus souvent, la fosse iliaque droite. Cette tumeur adhère quelquefois à la paroi abdominale grâce aux néomembranes formées sous l'influence de l'inflammation. Pour Pic, de Lyon, ce serait une forme rare, en tout cas toujours atténuée, des localisations tuberculeuses.

A côté de ces tumeurs sises du côté droit, il en est dont le siège dans la fosse iliaque gauche fait penser à la péricécalite ; elle est surtout caractérisée par de la douleur à la pression, de l'empatement dans la fosse iliaque gauche ; ces lésions sont des lésions caséeuses ou fibreuses, et s'observent avec plus de fréquence chez l'adulte que chez les jeunes.

Nous dirons un mot seulement de la périhépatite qui accompagne ordinairement la cirrhose ; quant à la péri-splénite, elle serait, d'après le professeur Pic, une rareté.

Les péritonites tuberculeuses localisées ont moins de fréquence et d'importance chez l'homme que chez la femme, à cause des manifestations pathologiques du péritoine du petit bassin ; nous voulons parler de la pelvi-péritonite tuberculeuse d'origine génitale. A cause de sa structure anatomique, de ses rapports nombreux avec les organes

génitaux internes, le péritoine pelvien est solidaire des affections pathologiques si fréquentes qui les frappent.

Parmi ces affections, il n'en est pas qui, plus que la tuberculose, ne tende à prendre une marche envahissante et à se généraliser au péritoine adjacent.

Si donc, chez les petits garçons, la péritonite tuberculeuse est plus souvent d'origine intestinale, il n'en est pas de même chez la jeune fille pubère et chez la femme où la proximité des organes génitaux et les affections tuberculeuses de ces derniers nous amènent à penser tout naturellement à la propagation de cette maladie à la séreuse pelvienne.

Hanot prétend que la tuberculose des organes génitaux externes est rare, mais les organes profonds seraient plus souvent atteints ; pour lui, ce n'est pas la salpingite qui est la première en date, mais bien la péritonite, et il se base sur ce fait que, dans la tuberculose génitale interne de la femme, le péritoine n'est jamais indemne.

En 1887, Derville montre, dans sa thèse, que l'infection par les rapports sexuels avec un tuberculeux est possible. « Les sécrétions vaginales, dit-il, bien que douées de propriétés antimicrobiennes, sont insuffisantes à empêcher le développement du microbe de Koch.

Il est donc possible que, grâce à la pullulation microbienne, on voie ce bacille cheminer dans l'utérus, parcourir les trompes pour aller créer des lésions de pelvi-péritonite.

Contrairement à l'opinion de Hanot, il faut penser que ce sont les voies générales les premières atteintes ; la localisation péritonéale ne serait que secondaire. D'ailleurs, les récents progrès de la chirurgie abdominale, dus aux travaux de Lawson Tait, ont montré que la plupart des

phlegmasies péri utérines étaient dues à des altérations des trompes.

On voit par là quelle importance pratique on peut en tirer au point de vue traitement chirurgical, voire même prophylactique.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons exposé aussi rapidement que possible quelques formes de tuberculose péritonéale localisée, il nous reste à en donner la symptomatologie différente dans chaque cas, et à discuter le diagnostic lorsqu'il pourrait prêter à confusion avec quelque autre lésion. Et d'abord comment se présente en clinique la pérityphlite tuberculeuse ? Localement rien ou à peu près rien. Si le malade a attiré l'attention du côté de la fosse iliaque droite à cause de quelques douleurs siégeant plus particulièrement en ce point, et si l'on examine attentivement on peut sentir une tuméfaction légère plus ou moins diffuse du niveau du point de Mac Burney ; en somme, rien qui permette un diagnostic exact.

Telle est la période de début, silencieuse et le plus souvent insoupçonnée ; à la période d'état qui va suivre, la pérityphlite tuberculeuse va surtout s'affirmer par des signes locaux ; l'inspection reste encore négative, la palpation révèle un empâtement diffus, allant de l'arcade crurale à la ligne médiane ; cette tumeur est mal mobile, de consistance inégale, parfois dure par endroits, ramollie en d'autres. Quant à la percussion, elle révèle de la matité au niveau de la tumeur, et c'est tout.

Ajoutez à cela et comme phénomènes généraux une

légère fébricule le soir, et vous aurez dans ses grandes lignes le tableau de la périptyphlite tuberculeuse.

Pour la péréisymyoïdite, rare on le sait, il n'existe guère de symptomatologie spéciale; toujours de la température, peu ou pas de douleur; le placard induré situé dans la fosse iliaque gauche, toutes choses signalées pour la périptyphlite.

En somme, rien de particulier.

La périhépatite est encore plus rare, sa symptomatologie se confond avec celle des cirrhoses, leur diagnostic est, dans la majorité des cas, une véritable trouvaille d'autopsie.

Plus intéressante et plus importante est l'étude clinique de la *pelvi-péritonite*; comment se traduisent à nous les lésions tuberculeuses des annexes? Pour Daurios, ce sont d'abord des troubles de la menstruation; celle-ci devient douloureuse, irrégulière, ou se supprime complètement. A côté de ces signes facilement constatables, on note les douleurs hypogastriques, le ballonnement du ventre, la sensibilité à la palpation; bref, tous les signes de la pelvi-péritonite.

Dans d'autres circonstances, sans grande douleur, il se développe une tumeur dans le petit bassin. Le toucher vaginal, combiné au palper, montre que cette tumeur est bosselée, rénitente, rarement fluctuante, qu'elle est douloureuse, remplissant un seul cul-de-sac; quelquefois, et c'est le cas de notre observation IV, formant autour de l'utérus une véritable gangue fibro-caséeuse qui l'enserme de toute part. Une certaine leucorrhée existe, qui augmente à la pression de la paroi abdominale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Forme ascitique renouvelée avec lésion hépatique tuberculeuse

Orl... Catherine, seize ans. Entrée au service du professeur Carriou (fiévreuses, Maternité), le 18 août 1915, pour une petite toux sèche, quinteuse, avec expectoration abondante qui dure depuis six mois ; la malade à des sueurs profuses, surtout la nuit, et quelques frissons avec une élévation thermique le matin, au réveil, quand on prend la température. Sa sœur qui l'accompagne donne 38°2 le matin du 17 août et 37° le soir du même jour.

D'ailleurs, au mois de juin, elle est entrée à l'hôpital de Bédarioux, où on l'a traitée pour une pleurésie gauche : application de vésicatoires et de pointes de feu. Elle a alors considérablement maigri : 6 kilos en trois mois.

Antécédents personnels. — La petite malade n'a jamais été réglée, malgré ses seize ans.

Antécédents héréditaires. — Sa sœur, vingt-quatre ans, qui l'accompagne, aurait été malade, elle aussi ; elle eut une bronchite étant jeune et n'aurait été réglée qu'à dix-neuf ans ; actuellement, elle paraît jouir d'une assez bonne santé.

A l'examen, le 18 août au soir, on constate une légère dyspnée. Les pommettes sont un peu rouges, la droite surtout ; la langue est sèche et sale ; la toux a presque complètement disparu, ainsi que l'expectoration. On éveille une légère douleur à la pression dans la région pré-hépatique. D'ailleurs, on constate, avec une légère stupéfaction, que le foie est gros et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt environ. L'abdomen est tendu, sonore à la pression, sans trace d'ascite.

A l'auscultation, on trouve, en arrière et à droite, sonorité jusqu'au tiers moyen environ, et une matité quasi-complète jusqu'à la base.

Les vibrations sont abolies en bas.

La respiration, très diminuée de haut en bas, se perçoit encore quelque peu à la base. Pas d'égophonie.

Au sommet, la respiration est rude et bronchitique.

Le 21 août. On institue un traitement, badigeonnage iodé du côté droit en arrière, et on donne : nitrate de potasse, 4 grammes pour un paquet n° 2.

Le 25 août. Vésicatoire à la base droite, 10×12 centimètres.

Le 27 août. La malade commence à faire de la fièvre, 38° le soir. On lui donne deux cachets de cryogénine, 30 centigrammes.

Le 29 août. On met un nouveau vésicatoire de 10×8 centimètres, le premier n'ayant pas très bien donné.

Le 1^{er} septembre. On constate à l'auscultation du côté droit un léger souffle expirateur avec une légère égophonie, la respiration s'entend jusqu'à la base, mais encore atténuée avec quelques frottements.

Le 2 septembre. La température continue à osciller entre $37^{\circ}4$ le matin et 38° à $38^{\circ}5$ le soir. On donne alors

trois cachets de cryogénine, et, comme la malade est anémiée, on lui fait une injection au cacodylate de soude, 5 centigrammes, et on lui donne du jus de viande.

Le 12 septembre, jour où on cesse le cacodylate, la température est toujours quelque peu élevée, le soir ; on continue les cachets de cryogénine ; les phénomènes pulmonaires ne s'arrangent pas ; nouveau vésicatoire de 8×10 à la base droite.

Le 16 septembre. On trouve à l'auscultation : matité au tiers inférieur ; vibrations abolies ; obscurité respiratoire et des frottements.

Jusqu'au 26 septembre, cet état pulmonaire persiste, paraît même s'arranger un peu, mais la température oscille toujours entre 38° et 37° de la courbe. La malade se sentirait mieux, mais sa région préhépatique devient le siège d'une douleur sourde qu'elle accuse ; on l'examine ; le foie est toujours gros, mais c'est tout, on n'y fait pas plus de cas.

Le 2 octobre. La malade urine peu depuis quelques jours ; de plus, elle se fâche que son ventre a grossi ; on trouve, en effet, un léger épanchement ascitique avec matité des flancs, se déplaçant dans la station sur un côté ; on commence les badigeonnages au gaïacol et on entoure l'abdomen d'un serre-corps. Tour de l'abdomen : 72 centimètres à l'ombilic.

Le 9 octobre. Malgré la compression et le gaïacol, l'épanchement est devenu plus considérable ; on trouve 88 centimètres de circonférence abdominale à la mensuration au niveau de l'ombilic.

Le 10 octobre. Devant l'augmentation de volume du ventre et surtout de la dyspnée qui va croissant. M. le professeur Carrieu décide de ponctionner la malade ; on la fait au point d'élection, à mi-distance de la ligne

ombilicale E. I. A. supérieure ; on retire 8 litres de liquide jaune verdâtre très limpide, sans flocons, et on applique un bon bandage de corps.

Le 15 octobre. Le liquide s'est reformé avec rapidité, l'abdomen est de nouveau distendu ; l'opération de Spencer Wells est proposée. La malade est envoyée dans le service du professeur Tédénat.

Le 19 octobre, M. Lapeyre pratique une laparotomie, examine le péritoine où on trouve quelques granulations tuberculeuses, mais rares avec aspect dépoli de la séreuse, au dire de l'interne qui l'assistait ; on regarde du côté du foie à la faveur de la brèche faite, mais rien d'anormal n'est remarqué, si ce n'est une légère augmentation de volume.

Les jours suivants, jusqu'au 25 octobre, la malade, remise de son opération, se sent bien, respire avec facilité ; nous l'avons vue alors absolument satisfaite.

Mais dans les premiers jours de novembre, l'épanchement apparaît à nouveau ; sur nos conseils, on recommence les badigeonnages gaïacolés et, peu à peu, l'épanchement se résorbe, si bien que, le 28 novembre, la malade, absolument guérie, sort de l'hôpital.

Quelle n'est pas notre surprise lorsque, le 15 mai 1916, nous voyons retourner, dans le service de la Maternité, notre petite malade. Son ventre est fortement tendu par du liquide d'ascite ; la paroi abdominale est sillonnée d'un réseau veineux sous-cutané très développé, surtout à gauche et autour de l'ombilic (tête de Méduse). Le poulx est bon, les pommettes sont rouges, l'état général est bien conservé.

A l'auscultation du poumon droit, en arrière, il persiste, à la base, quelques frottements légers. Partout ailleurs, la respiration est revenue. La malade urine peu.

Le soir du 18 mai, à 14 heures, on fait une ponction d'ascite au point d'élection : on retire 12 litres d'un liquide jaune verdâtre fortement spumeux

Le 19 mai. Application de pommade gaïacolée sur l'abdomen ; on donne trois cachets de théobromine à 50 centigrammes.

Le 20 mai Malgré que les urines soient assez abondantes, le liquide se reforme avec rapidité.

Le 1^{er} juin Une nouvelle ponction est nécessaire pour soulager la malade de la dyspnée considérable à laquelle elle est soumise. L'abdomen est globuleux, la cicatrice ombilicale saillante. Nouvelle ponction à gauche sur la ligne ombilicale E. I. A. S. par l'externe du service ; il retire douze litres encore du même liquide jaune à reflets verdâtres, où l'on trouve, cette fois, quelques flocons albumineux.

Le 8 juin. On continue la théobromine à la dose de trois cachets de 50 centigrammes ; on donne aussi les cachets de cryogénine contre la température qui monte, le soir, jusqu'à 38°2, et on recommence les badigeonnages au gaïacol. Malgré ce traitement, le liquide se reforme encore.

Le 17 juin. Une autre ponction est nécessaire ; on retire encore 13 litres de liquide jaune verdâtre, trouble sur une assez faible épaisseur ; un bon bandage de corps est appliqué.

Du 19 juin jusqu'au 29 juin. La température est bonne ; elle ne dépasse guère 37°5, mais le liquide continue à s'épancher et distend de plus en plus l'abdomen, si bien que, le 1^{er} juillet, on a recours encore à la ponction ; c'est la quatrième en un mois et demi ; on retire 15 litres, cette fois, de liquide toujours jaune verdâtre, mais trouble.

Le 8 juillet. Le liquide paraît encore se reformer ; il va probablement nécessiter sous peu une nouvelle ponction.

Ainsi, en un mois et demi à peine, on a pratiqué, chez cette jeune fille, quatre ponctions abdominales qui ont donné un total de 52 litres de liquide.

Après cette dernière ponction, on a pu constater que le foie était gros ; on sentait, sous le rebord costal, l'organe lisse et indolore. De plus, au niveau du creux épigastrique et un peu à gauche de la ligne médiane, était une tumeur de la grosseur du poing, difficilement mobilisable, saillante à travers les téguments. (Hernie de la ligne blanche).

OBSERVATION II

Forme de pérityphlite

M... Madeleine, quinze ans, entre au service des fiévreuses le 2 juin 1916 ; depuis quatre mois, se plaint d'une douleur dans le bas-ventre, au niveau de la fosse iliaque droite, et cela, à la suite de suppression de ses règles. La malade souffrait, à ce moment-là, d'une entérite chronique avec fièvre peu accentuée ; elle a fait 38° le soir.

A. D. — L'appétit est bon, les digestions faciles, la diarrhée existe, séreuse sans trace de sang.

A. R. — Ne tousse pas, n'a jamais craché non plus.

A. U. G. — Les urines sont abondantes, les règles supprimées depuis quatre mois ; elle a été réglée à treize ans. A considérablement maigri.

Le ventre est un peu tendu, sonore à la percussion jusque sur le pubis ; la percussion est légèrement douloureuse à droite, au niveau du point de Mac Burney, où on constate une légère matité de 5 à 6 centimètres de largeur ; la paroi abdominale est plus résistante à ce niveau

et ne se laisse pas déprimer; on éveille, en outre, une douleur assez marquée à la pression.

A l'auscultation, on constate une respiration un peu rude en arrière, au sommet gauche, avec un peu de submatité à la percussion.

Le 4 juin. Badigeonnages au gaïacol sur la paroi abdominale, et des cachets de tannin, 20 centigrammes; iodoforme, 1 centigramme, n° 5.

Le 6 juin. La malade fait des types inverses; la diarrhée persiste. On continue les cachets de tannin et d'iodoforme.

Le 11 juin. Le ventre est tendu, météorisé, légèrement douloureux, avec de la douleur dans la fosse iliaque droite et quelques gargouillements. Température: 38° le matin. On donne des cachets d'antipyrine.

Le 12 juin. Température: 37° le matin; le soir, 37°4. Le soir, encore une douleur sourde, lancinante, à droite de la fosse iliaque droite.

Le 14 juin. Température: 39°4. Nausées. Légère céphalée, mais pas de douleurs abdominales.

Le 20 juin. La malade fait encore 38° de température. Le soir, il persiste un peu de douleur au niveau de la paroi abdominale et de la matité de la fosse iliaque droite. La diarrhée a définitivement cessé.

Les badigeonnages au gaïacol sont continués avec les cachets d'antipyrine.

Le 25 juin. Le ventre est plus souple. On remarque qu'à la palpation l'empâtement diminue considérablement. D'ailleurs, la douleur est atténuée, et la petite malade réclame à grands cris qu'on la fasse manger.

Le 30 juin. Bien que la température continue à osciller entre 37°8 le soir et 37° le matin, on remarque à la palpation une atténuation considérable du placard

primitif de la fosse iliaque droite. Il persiste bien un peu d'empatement, mais la douleur a disparu, et on perçoit, au contraire, quelques gargouillements. On continue le traitement institué par le professeur Carrieu.

OBSERVATION III

Forme périsygmoïdite et péri-ombilicale.

L... (Alphonsine), vingt-deux ans, entre au service des fiévreuses, le 24 septembre 1915, pour de la céphalée violente, quelques bourdonnements d'oreille et des douleurs abdominales qui durent depuis sept jours, avec amaigrissement assez marqué.

A. D. — La malade manque d'appétit, a une soif intense et est, de plus, très constipée.

A. R. — Elle tousse un peu par intermittence, d'une façon brève et quinteuse; autrefois elle avait une expectoration, aujourd'hui tarie, qui renfermait quelques stries de sang. La malade affirme avoir toutes les nuits des sueurs profuses avec petits frissons.

A. U. G. — Les urines, claires, laissent parfois déposer des phosphates; les règles, venues normalement le 30 août, ont duré quatre jours, comme d'habitude.

Cœur: les bruits sont sourds.

27 septembre. A l'examen, on constate que la malade fait de la fièvre, 38°2; le soir sa langue est sèche, saburrâle, rouge à la pointe et les bords, il n'y a pas de fuliginosités; le ventre est plat, donnant aux doigts qui le palpent une sensation très nette de défense musculaire sans douleur localisée. Pas de taches rosées.

A l'auscultation, on trouve, au sommet droit, en arrière, à gauche : légère submatité ; obscurité respiratoire.

Submatité : les vibrations sont augmentées. Il existe une respiration granuleuse et une expiration prolongée.

Contre la toux, très fatigante, on prescrit les pilules de carbonate de gaïacol, 5 centigrammes ; extrait de gentiane, 50 centigrammes ; extrait d'opium, 1 centigramme ; et de la cryogénine contre la fièvre, 30 centigrammes pour un cachet n° 2.

Jusqu'au 5 octobre, la température, peu élevée sous l'action de la cryogénine, présente, cependant, quelques types inverses, notamment le 2 octobre : 38°2, le matin ; 36°4, le soir.

Le 6 octobre. La malade, constipée jusqu'à là, présente de la diarrhée (4 selles par jour). On prescrit du ratanhia.

Le 13 octobre. Température : 36°. le matin ; la diarrhée a cessé.

Le 15 octobre. La température s'élève graduellement ; on perçoit à l'auscultation quelques râles dans la fosse sus-épineuse droite, le ventre est plus tendu, légèrement douloureux.

Le 18 octobre. La malade fait une épistaxis sans cause apparente ; la température : 38°4, le matin ; les douleurs abdominales deviennent plus violentes, elles sont spontanées, la pression est très douloureuse, surtout au niveau de la région péri-ombilicale et de la fosse iliaque gauche. On commence les badigeonnages au gaïacol-ichtyol.

Le 20 octobre. Les douleurs spontanées se sont un peu calmées ; l'inspection montre un abdomen légèrement globuleux ; la palpation fait percevoir, dans la fosse iliaque gauche et dans la région péri-ombilicale, deux gros gateaux péritonéaux, mats à la percussion, en même temps qu'on perçoit par endroits une fluctuation assez nette pour faire

affirmer la présence du liquide épanché. Le matin, température 37°4; le soir, température 37°8.

Le 21 octobre. Les douleurs s'atténuent toujours, mais les phénomènes locaux sont les mêmes; la malade est plutôt constipée, se plaint d'une sensation de constriction au creux épigastrique et a des nausées fréquentes. On continue les badigeonnages au gaïacol deux fois par jour. Eau chloroformée.

Le 1^{er} novembre. La malade va bien mieux, elle ne souffre plus de son ventre, mais la pression est encore douloureuse dans la fosse iliaque gauche; les règles sont venues normalement le 28 octobre, et ont duré jusqu'à aujourd'hui. Les gâteaux péritonéaux préexistants sont difficilement perçus, cependant la paroi abdominale résiste. Le liquide d'ascite s'est résorbé; on continue les badigeonnages gaïacolés et contre la température, qui s'élève encore, le soir, à 38°5, on remplace la cryogénine par l'antipyrine.

Le 8 novembre. Le ventre est à peu près souple, légèrement douloureux à la pression, il n'existe plus trace de placard péritonéal. La température est tombée, les cachets sont supprimés; on continue quelques jours les badigeonnages.

Le 15 novembre. Le ventre est devenu entièrement souple, pas douloureux depuis les premiers jours de novembre; la température n'est pas remontée; la malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION IV

Forme pelvi-péritonite consécutive à annexite

Mme B... (Eugénie), vingt-cinq ans, entre au service de la Maternité, fiévreuses, le 13 février 1916 ; elle est malade depuis un mois, souffre de céphalée, de bourdonnements d'oreille, se plaint d'une lassitude générale et présente des vomissements à la suite d'ingestion d'aliments quelconques.

A. D. — L'anorexie est complète ; le lait même n'est pas toléré ; il existe quelques douleurs abdominales fugaces et de la diarrhée. Quatre selles par jour.

A. R. — Une toux quinteuse et grasse fatigue la malade ; elle est suivie d'expectoration spumeuse, adhérente aux parois du crachoir ; de plus, il existe une douleur en arrière du sommet gauche. La malade se plaint d'éprouver quelques frissons, la nuit, avec sueurs.

A. U. G. — Les urines sont rares et foncées, les mictions douloureuses et fréquentes ; l'analyse révèle un dépôt considérable d'urates et un peu d'hémoglobinurie.

Les règles, très régulières auparavant, sont venues, le 6 février, époque habituelle, mais n'ont duré qu'un seul jour ; par contre, une leucorrhée abondante existe, d'odeur fétide et empesant le linge.

A. C. — Au cœur, bruit légèrement soufflé. Pouls 100.

L'examen. — La malade est abattue, sa langue est sèche et saburrale, le ventre est tendu, douloureux dans toute son étendue, mais plus particulièrement dans les

deux fosses iliaques ; on perçoit, à droite, un peu de défense de la paroi. Pas de taches rosées.

L'auscultation montre à gauche, au sommet, en arrière : submatité. Expiration prolongée. Des craquements et des sibilants sur toute la hauteur des deux poudrons. Comme température, 39°6 le soir du 15 février.

Le tableau clinique en imposant pour une dothiennetérie avec une localisation bacillaire gauche, on donne des cachets avec bromhydrate de quinine, 20 centigrammes ; pyramidon, 10 centigrammes.

Mais bientôt, le séro de Widal négatif, l'absence de taches rosées, la persistance de la toux et la disparition du météorisme permettent d'aiguiller le diagnostic vers une autre voie.

Le 17 février. On perçoit nettement un plastron annexiel droit, très douloureux, les pertes blanches deviennent plus abondantes, et la malade a des nausées fréquentes. Le toucher permet de constater un empatement des culs-de-sac du vagin, mais le droit est plus pris que le gauche. On ordonne des badigeonnages abdominaux avec : gaïacol, 3 grammes ; ichtyol, 5 grammes ; vaseline, 30 grammes, et des cachets avec : cryogénine, 30 centigrammes ; tannin, 20 centigrammes, en même temps que des tampons d'ouate imbibés de cette pommade sont introduits dans le vagin.

Le 18 février. Les douleurs abdominales deviennent plus violentes, les nausées plus fréquentes, les vomissements apparaissent. Eau chloroformée, badigeonnages, injections chaudes au MnO^4K .

Jusqu'au 6 mars. Les vomissements reviennent par intermittence ; ils sont bilieux et fatiguent la malade ; le ventre est, à ce moment, très tendu, douloureux ; la palpation montre, des deux côtés, une induration très mar-

quée. On n'arrive pas à déprimer la paroi abdominale. Le toucher fait percevoir un empâtement diffus de tous les culs-de-sac, aussi bien marqué à droite qu'à gauche. Les règles, qui auraient dû venir, n'ont pas paru ; par contre, on constate une leucorrhée abondante.

Le 12 mars. Les règles ne sont pas encore venues.

Le 18 mars. Les vomissements, qui s'étaient un moment calmés, ont reparu. La malade est très anémiée ; la potion de Rivière est donnée pendant trois jours ; les vomissements ont cessé ; de plus, la diarrhée a fait place à la constipation ; on supprime le tannin des cachets et on continue le traitement institué.

Au 8 avril, les phénomènes douloureux sont atténués soit par les injections chaudes et salées, soit par les onctions et pansements au gâïacol, mais le ventre est toujours tendu, rénitent dans les deux fosses iliaques. On supprime les injections ; on attend les règles ; les phénomènes douloureux augmentent de violence.

Le 10 mai. Les règles ne sont pas venues, les écoulements leucorrhéiques ont, par contre, augmenté d'abondance ; le ventre est toujours tendu dans sa partie inférieure et très douloureux. Le même traitement est continué. Cachets contre la fièvre qui monte le soir : 38°6.

Jusqu'aux premiers jours de mai, la malade a des alternatives de poussées aiguës, elle vomit, mais rarement ; souffre d'une douleur sourde continue, que la moindre pression exaspère.

Le 4 mai. Les injections sont supprimées dans l'espoir de voir apparaître les règles, les douleurs deviennent à nouveau plus vives, surtout à droite.

Le 10 mai. Les règles ne sont pas davantage venues que les mois précédents. La malade a, cependant, quelques fourmillements du côté des seins, comme autrefois à

l'époque de ses règles. Les pertes blanches persistent; le bas-ventre présente toujours un placard dans les deux fosses iliaques, réunies sur la ligne médiane par une bande indurée plus étroite. On recommence les injections chaudes, les compresses sur le ventre.

Le 15 mai. Les douleurs sont plus marquées du côté droit, elles s'irradient le long du sciatique; de plus, la malade a de nouveau un peu de diarrhée.

Le 16 mai. En présence de la durée de l'affection et espérant quelque secours du traitement chirurgical, M. le professeur Carrieu décide d'appeler M. le professeur de Rouville, qui examine la malade et conclut, comme le professeur Carrieu, à une pelvi-péritonite tuberculeuse, et, comme la température a sensiblement diminué, il conseille de continuer le traitement institué et d'y ajouter une séance d'héliothérapie d'une heure tous les jours, et ajourne, pour l'instant, l'intervention chirurgicale.

Le 17 mai. On commence à porter la malade au soleil; à ce moment il existe dans le bas ventre une tumeur dure, adhérente à la paroi abdominale, qui ne peut pas être déprimée; d'ailleurs, la moindre pression est douloureuse.

Le 20 mai. La station au soleil donne à la malade un peu de céphalée fugace, vite dissipée par 50 centigrammes d'aspirine.

Jusqu'au 29 mai, la température oscille, le soir, entre 37°6 et 37°8. Ce jour-là, on examine la malade, qui dit se sentir bien mieux; le ventre, déjà fortement pigmenté, commence à devenir souple; au moins à gauche, la pression est mieux tolérée.

Le 1^{er} juin. Poussée d'herpès vaginal.

Le 6 juin. Les règles ne sont pas venues; la cure de soleil est continuée; le ventre devient de plus en plus

souple ; les douleurs ont à peu près complètement disparu ; il n'y a presque plus de température. Température : 37°1, le soir ; les cachets sont supprimés ; la température ne remonte pas.

Le 19 juin. Le ventre est très souple à gauche, plus résistant à droite ; les pertes blanches sont à peu près taries ; les douleurs ont absolument disparu ; la malade s'alimente bien. Température : 37°, le soir ; 36°8, le matin.

Le 30 juin, jour où nous écrivons notre observation, nous avons examiné à nouveau la malade ; son état général est bon, elle descend toutes les après-midi au jardin promener et expose son abdomen aux rayons solaires ; elle ne souffre pas du tout.

Le ventre est fortement pigmenté, rappelant assez la peau d'une négresse, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les poils ne paraissent pas avoir poussé davantage ; mais, par contre, le placard qui occupait la fosse iliaque gauche a totalement disparu, et on enfonce très bien les doigts sans aucune douleur ; à droite, la résolution s'est aussi faite, mais il persiste un gâteau péritonéal de la grosseur de la main qui gêne l'exploration et la rend douloureuse, mais c'est tout ; partout ailleurs, la paroi abdominale est souple, élastique, indolore. Nous espérons, grâce à l'héliothérapie, obtenir sous peu la résolution complète.

Il résulte de nos observations précédentes que nous nous trouvons en présence : dans l'observation première, d'une forme ascitique ayant subi la laparatomie, et malgré ce, à liquide fréquemment renouvelé et évacué par ponctions, ce qui nous fait penser à une forme de tuberculose hépatique, ainsi qu'en témoigne le volume du foie. Il y aurait donc une modalité de cirrhose tuberculeuse.

Dans l'observation II, il s'agit d'une forme pouvant se rattacher très bien à la pérityphlite.

Dans l'observation III, nous observons une forme de périsygmöidite, avec placard para-ombilical.

Dans l'observation IV, nous avons affaire nettement à la pelvi-péritonite d'origine annexielle.

Il existe donc une multiplicité de formes chroniques dont les allures, au début, peuvent affecter des symptômes communs, pouvant les rapprocher et même les confondre. L'évolution tardive de la maladie est seule capable, dans certains cas, d'amener la différenciation, ce qui permet de comprendre l'importance d'un diagnostic à la fois sûr et précoce.

DIAGNOSTIC DES FORMES LOCALISÉES

D'abord, avec quoi pourrait-on confondre une pérityphlite tuberculeuse. Il faut distinguer cette lésion du tuberculome hypertrophique du cæcum avec infiltration de la paroi intestinale et propagation au péritoine, il faudra songer à l'actinomyose iléo-cæcale dont certains ont cité des exemples. et, dans tous les cas, faire l'examen microscopique quand il sera rendu possible.

Le cancer du cæcum entre aussi en ligne de compte, l'absence des lésions pulmonaires concomitantes feront porter plutôt ce diagnostic. Enfin et surtout le diagnostic sera difficile avec l'appendicite chronique, tellement que Routier et M. Tuffier ont pu s'y méprendre.

Pour la périsygmoïdite tuberculeuse, il existe aussi une certaine difficulté de diagnostic entre celle ci et le cancer de l'S iliaque, mais l'absence de mælena et de cachexie rapide, en même temps que la présence de signes pleuro-pulmonaires et d'un épanchement abdominal enkysté, ou quelquefois de selles sanguinolentes, auront vite fait d'aiguiller le clinicien vers la lésion tuberculeuse.

Si le diagnostic de salpingite est quelquefois ardu, on juge quelle difficulté va aborder le clinicien quand il

s'agira de diagnostiquer la nature tuberculeuse de la lésion salpingienne.

Tous les antécédents héréditaires ou personnels du sujet, étudiés avec minutie, seront d'un précieux secours ; la scrofule, l'adénopathie dans l'enfance, les otorrhées chroniques, les rhumes tous les hivers ont une telle valeur qu'il ne faudra pas négliger de les rechercher. Le caractère le plus important de la pelvi-péritonite tuberculeuse est donné par les poussées successives plus fréquentes et plus prolongées que dans les autres formes ; elles s'accompagnent d'altérations de l'état général, de fièvre vespérale, de transpirations nocturnes avec quelques frissons.

Malgré ce, le diagnostic précis de pelvi-péritonite reste obscur. Cependant, le professeur Chaudelux croit que le diagnostic est possible dans la majorité des cas, les poussées de pelvi-péritonite plus haut signalées, les métrorragies observées parfois sans aucune cause apparente, souvent indolores, le plus souvent accompagnées de douleurs sourdes dans le bas-ventre, revêtant, par intermittences, un caractère expulsif. Enfin, le toucher qui, pour cet auteur, donnerait une sensation d'empatement, de tumeur bosselée dans un cul de-sac, sensation de rénitence moins franche que dans le pyosalpinx vulgaire, ce serait, pour Chandelux, une sensation de doigté telle qu'on devrait reconnaître une salpingite tuberculeuse, quand on l'a une fois sentie.

Une autre affection pourrait prêter à erreur, c'est la tumeur végétante de l'ovaire, mais l'ascite rarement enkystée et l'altération de l'état général qui accompagne le plus souvent ces lésions permettraient vite le diagnostic.

Quant au pyosalpinx, nous croyons que la sensation spéciale perçue au toucher, l'absence de métrorragie, la fièvre qui peut monter en clocher, les antécédents géni-

taux de la maladie ramèneraient le diagnostic vers la nature tuberculeuse de la lésion

Comme on peut s'en rendre compte par ce court exposé et comme le fait remarquer le docteur Tuffier, le diagnostic de tuberculose péritonéale est quelquefois difficile à cause des formes extrêmement variées pouvant faire commettre des erreurs, moins peut-être dans les formes d'ascite libre que dans les formes localisées où elle peut simuler une toute autre affection.

PRONOSTIC

Si le diagnostic est chose embarrassante, au moins dans quelques cas à symptomatologie fugace et difficile à interpréter, il peut, cependant, être parfois posé, sinon avec une absolue certitude, du moins avec beaucoup de probabilités.

Quel va être le pronostic ou, si l'on veut, comment vont évoluer les lésions de péritonite tuberculeuse localisée ?

Ici encore une distinction est à faire ; comme toujours lorsqu'on essaye de parler pronostic, il faut envisager avec attention l'état de résistance du sujet atteint, tenir compte de la marche plus ou moins rapide de l'évolution tuberculeuse des foyers pleuro-pulmonaires concomitants, des maladies intercurrentes qui peuvent, à un certain moment, en diminuant la capacité de résistance organique, favoriser une éclosion de tubercules, premier pas d'une marche aiguë.

Si, dans les formes aiguës de tuberculose péritonéale généralisée, le pronostic est à peu près fatal, s'il revêt, dans les formes chroniques étendues à tout l'abdomen,

une sévérité encore redoutable, il en est tout autrement dans les formes localisées où l'évolution tuberculeuse semble affecter une moindre malignité ; ce sont des formes, qui paraissent relever d'une infection atténuée ; l'éclosion de tubercules est, en général, peu considérable, la phase congestive qui y correspond plus faible ; enfin et surtout, la réaction fibreuse, le processus de guérison, en un mot, plus considérable, peut être à cause de la marche plus lente des phénomènes.

Toutefois, il ne faudrait pas penser que la guérison est la règle ; nous avons dit combien le pronostic pourrait être aggravé dans certain cas ; nous n'y reviendrons pas ; nous ferons observer qu'il varie avec la localisation péritonéale ; en effet, dans la grande majorité des cas, les pérityphlites et les périsygmoidites s'accompagnent de lésions intestinales, lésions qui peuvent être les premières en date ; dans ces cas, lorsque la tunique intestinale est intéressée, des suppurations secondaires peuvent s'établir : on voit alors la température vespérale qui s'élève et une cachexie rapide apparaître qui a vite fait d'emporter le malade.

La *pelvi-péritonite* tuberculeuse serait encore une des localisations dont le pronostic comporterait un avenir moins sombre. Cela tient peut être à la moindre importance vitale des trompes auxquelles elle est liée ; peut-être aussi à la facilité plus grande de porter un diagnostic rapide, et, par là même, d'instituer un traitement approprié.

Bref, c'est là un fait d'observation courante que, de toutes les localisations tuberculeuses péritonéales, la pelvi-péritonite est celle dont la guérison est le plus souvent obtenue.

TRAITEMENT

Il y a deux sortes de traitements : l'un chirurgical, l'autre médical. Tous les deux ont fait leurs preuves ; il s'agit de savoir choisir avec jugement ou même de les combiner quand il sera nécessaire.

a) *Chirurgical*. — On interviendra chirurgicalement dans la forme ascitique chronique, non par les ponctions (il est aujourd'hui prouvé qu'elles n'ont pas grand résultat), mais par le bistouri qui fait une ouverture large, évacue le liquide d'ascite, parant ainsi rapidement à la compression toujours ennuyeuse et favorisant le large contact du péritoine avec l'air, source de guérison ultérieure.

Ce traitement sera aussi indiqué dans les cas de forme chronique fibreuse pour rompre une bride, dilacérer des adhérences et parer ainsi à l'obstruction intestinale presque fatale. On comprend que, dans ces cas, en effet, on doive aller vite et rejeter complètement tout traitement médical.

Mais, dans les formes localisées, dans les cas de péri-typhlite, de péricygmoidite, que faire ? Ici, on discute, certains voudraient un traitement chirurgical dès que le diagnostic est posé. D'autres, avec Poncet, Nové-Josserand et Patel, se contentent de la laparotomie ; ils prétendent en avoir obtenu une grande amélioration ; en tout cas, Vierrordt prétend qu'il a obtenu souvent de l'amélioration, rarement des récidives et que jamais la laparotomie n'a occasionné la mort.

Il est certain que la chirurgie a, à son actif, un assez grand nombre de succès. Mais dans une pelvi-péritonite tuberculeuse, contrairement à ce qui a lieu pour les formes précédentes, l'infection péritonéale n'est que secondaire. La thérapeutique chirurgicale devra, pour traiter la pelvi-péritonite, viser le foyer initial de l'infection.

C'est, en effet, la trompe de Fallope et l'ovaire, ce que l'on désigne le plus souvent sous le nom d'annexes, qui sont atteints les premiers.

Puisque la trompe est le point de départ de la pelvi-péritonite tuberculeuse, pour guérir cette pelvi-péritonite, il faut enlever la trompe, et si l'opération est grave au point de vue fonctionnel, il n'en est pas de même *quoad vilam* ; c'est pour cela que, dans cette forme, le traitement chirurgical donne les meilleurs résultats.

b) *Médical*. — Que penser de lui ? Certains ont prétendu que si un traitement médical peut avoir raison d'une péritonite banale, il n'en est pas de même d'une péritonite tuberculeuse ; nous croyons que, dans les formes torpides et latentes généralisées, aussi bien que dans les formes localisées, le traitement médical peut avoir du bon, comme en témoignent certaines de nos observations : en tout cas, il ne devra pas être négligé. Nous citerons pour mémoire certains de ceux qui ont été préconisés. Nous insisterons spécialement sur les onctions gaïacolées et l'héliothérapie qui nous ont paru donner des résultats.

Ce traitement médical sera à la fois général et local.

Général. — Dans les formes apyrétiques, le séjour à la mer (Berck, Arcachon) sera indiqué, les viandes crues, l'huile de foie de morue, préconisée par Rabuteau, la

créosote, le « phosphotal, qui n'est autre que du phosphite de créosote que l'on prescrit en lavements, une cuillerée à café dans un verre de lait.

Dans les formes fébriles. — On supprimera la mer et la créosote ; la cryogénine sera donnée et l'on prescrira le repos.

Localement. — On agira par la teinture d'iode et le colloidion, qui a peut-être le tort de faire de la révulsion et de favoriser les épanchements dans les formes ascitiques.

Les frictions au savon noir pour Baginski, que Senator remplace par du savon à l'iodoforme qu'il mélange dans un poids égal de vaseline et d'axonge.

Les frictions modificatrices ont été essayées avec injection d'un topique (éther iodoformé, eau iodée). Mais elles ne peuvent pas être considérées comme inoffensives ; elles produisent des vomissements chez les adultes et parfois des convulsions chez les enfants.

L'insufflation d'air stérilisé, proposée par Mosetig. Morhoof, n'est pas rentrée dans la pratique courante.

Restent les onctions gaïacolées avec : gaïacol, 3 grammes ; ichtyol, 5 grammes ; vaseline, 50 grammes, faites tous les jours ou deux fois par jour, elles sont très bien tolérées par les malades ; elles calment grâce, à leur propriété analgésique, les douleurs abdominales ; de plus, le gaïacol absorbé contribue à diminuer la température dans les formes fébriles ; enfin, elles paraissent avoir des propriétés résolutives vis-à-vis du processus tuberculeux.

Quant à l'héliothérapie, connue depuis déjà longtemps, elle n'est appliquée méthodiquement que depuis quelques années, après les travaux d'OElnitz ; elle peut être

appliquée à tous les cas de péritonite tuberculeuse, et ce serait le seul moyen d'obtenir la guérison chez les malades, qui paraissaient autrefois absolument condamnés.

Contre-indiquée dans les poussées aiguës des formes chroniques, elle peut être prescrite malgré les oscillations fébriles, pourvu qu'elles ne dépassent pas 38°.

Les séances devront être graduellement prolongées ; on ne se contentera pas d'exposer seulement l'abdomen aux rayons solaires, il faut faire de l'héliothérapie générale, en ayant soin de protéger la tête du sujet.

On constate que la pigmentation de la peau se fait plus ou moins rapidement, mais on peut dire que ce sont les individus qui se pigmentent le mieux que l'on voit guérir plus rapidement.

Les résultats, rapides dans les formes ascitiques, sont plus lents dans les formes fibreuses.

Quoi qu'il en soit, la méthode héliothérapique est venue apporter un élément considérable de succès dans la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse ; elle est non seulement un adjuvant puissant au point de vue de la solidité de la guérison, mais, d'autre part, elle accélère aussi cette guérison.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des formes torpides ou chroniques de tuberculose péritonéale généralisée liées à une lésion tuberculeuse hépatique.

II. — On trouve aussi des formes de tuberculose localisées à point de départ appendiculaire intestinal ou salpingien dont le diagnostic difficile peut cependant être parfois posé.

III. — Enfin, on avait tendance à admettre qu'aucune lésion tuberculeuse du péritoine n'était susceptible de guérir par le seul traitement médical ; nous avons essayé montrer que la guérison locale pouvait parfois être obtenue grâce au gaïacol et à l'héliothérapie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 juillet 1916
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 juillet 1916.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

RUVAULT-MATHIEU et CHAUFFARD. — Traité de médecine.

TAPRET. — Etude chimique sur la péritonite d'emblée. Thèse de Paris, 1878.

PIC. — Thèse de Lyon, 1890. Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.

BARRE (Auguste). — Thèse de Montpellier, 1852. Essai sur la péritonite tuberculeuse.

TUFFIER. — Monde médical, 5 juin 1914. Diagnostic des péritonites tuberculeuses localisées.

BRISSAUD, GIRARD, RECLUS. — Pratique médico-chirurgicale. Articles de Duval, de Grenet et Veau.

MARTIN. — Thèse de Paris, 1904.

LYON (Justin). — Clinique thérapeutique.

LAUTH. — Thèse de Paris, 1888. De la cirrhose tuberculeuse.

SPAETH. — Deut. med. Wochenschr. n° 20. Ueber chir. Behandlung der Tuberculose des Peritoneum.

PROCHOWONICK. — Zur Frage des Bauchschusttes bei Peritonitis chronica.

LICHTOERMANN (Mlle S.). — Forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, juillet 1890.

HEGAR. — Tuberculose génitale chez la femme. Stuttgart.

- DERVILLE. — Infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme, 1887.
- DAURIOS. — Tuberculose de l'appareil génital. Thèse de Paris, 1889.
- TALAMON. — Sur un cas de pelvi-péritonite tuberculeuse chez une petite fille de six ans. Ann. gynécologie, t. IX, 1878.
- MONPROFIT. — Salpingites et ovarites. Thèse de Paris, 1878.
- MORDRET. — Salpingo-ovarites. Thèse Paris, 1890.
- BROUARDEL. — De la tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse Paris, 1865.
- SPILLMANN. — Tuberculisation du tube digestif. Thèse d'agrégation, 1878.
- PRAVAZ. — Pérityphlites et son traitement. Thèse de Lyon.
- TCHISTOUDISCH — Tuberculose intestinale chez l'homme.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Tuberculose du cæcum et de l'utérus.
- LE BAYON. — De la typhlite tuberculeuse chronique. Thèse de Paris.
- BENOIT. — Tuberculose locale chronique région iléo-cæcale, 1873. Thèse de Paris.
- Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'héliothérapie marine. Monde médical, 11 juillet 1916, p. 444.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
